

Comunicación contra las drogas

Evaluación de campañas en América



Ediciones CIESPAL

Colección "Encuentros"

Volumen No. 5

Primera Edición:

Diciembre de 1992

Derechos reservados

conforme a la ley

Esta publicación y el seminario al cual se refiere, se realizaron en CIESPAL con los auspicios de OEA/CICAD

Coordinación:

Ann Chisman / Fabiola Montealegre, CICAD

Edgar Jaramillo S.

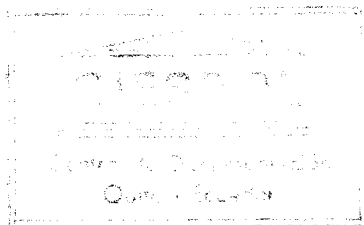
Edición y supervisión: Departamento de Publicaciones

Portada: John Maldonado / Alberto Serret / **abrapalabra**

Impresión: Editorial "Quipus"

Av. Diego de Almagro y Andrade Marín

Quito - Ecuador



INDICE

INTRODUCCION	9
SESION INAUGURAL	31
Discurso del Dr. Asdrúbal de la Torre, Director General de CIESPAL	33
Discurso de la Dra. Anna Chisman, Especialista de la CICAD	37
Discurso del Dr. Gustavo Medina, Procurador General del Estado	39
CAMPAÑAS DE COMUNICACION CONTRA EL ABUSO DE DROGAS	
Trabajo interdisciplinario	43
Evaluación de campañas antidrogas	57
<i>Delicia Ferrando</i> "No a las drogas"	69
<i>María del Carmen Maldonado</i>	

Una buena investigación es la base de toda campaña de mercadeo social	73
<i>Rachel Ladouceur</i>	

Foro	107
-------------------	-----

CAMPAÑAS EDUCATIVAS Y DE PROMOCION DE LA SALUD

Conjunción de esfuerzos	113
<i>Eduardo Ascarrunz</i>	
Campañas de publicidad en los medios de comunicación	121
<i>Asha Kambon</i>	
Evaluación de impacto	135
<i>Héctor Lisandro Vásquez</i>	
Comunicación para la salud infantil	139
<i>Eduardo Contreras Budge</i>	
Evaluación de un proyecto de supervivencia infantil	149
<i>Judith A. McDivitt</i>	
Campañas de responsabilidad sexual en la juventud latinoamericana	173
<i>Max Tello Charun</i>	

Foro

CAMPAÑAS DE COMUNICACION COMUNITARIAS PARTICIPATIVAS

Prevención de la farmacodependencia	223
<i>Martha Mayagoitia</i>	
Hacia una cultura de la prevención integral	231
<i>María Cecilia Castro</i>	
Educación para la naturaleza, Edunat III	239
<i>Marco Encalada</i>	
Campañas basadas en la comunidad	247
<i>Tania A. García</i>	
¿Qué es la prevención integral?	217
<i>Carlos Carvajal</i>	

Hacia una política de comunicación social para la generación de una cultura nacional de la prevención	275
<i>Tobías Ramírez</i>	
Foro	287

CONTEXTOS CULTURALES Y OTROS ASPECTOS FUNDAMENTALES A CONSIDERARSE EN LAS CAMPAÑAS DE COMUNICACION

Intervenciones de:

<i>Teresa Quiroz</i>	291
<i>Luis Rivera</i>	295
<i>Antonio Pasquali</i>	297
<i>Juan Díaz Bordenave</i>	301
Foro	305

PONENCIAS PRINCIPALES

Evaluación de campañas de comunicación educativa: problemas, oportunidades y desafíos	315
<i>Eduardo Contreras</i>	
Foro	345
Evaluación cuantitativa de campañas antidrogas	349
<i>Julio Bejarano</i>	
Foro	377
Alianza por una Florida libre de drogas. La experiencia de Estados Unidos	379
<i>Steve Holub</i>	
La investigación en la formulación de políticas	387
<i>Horacio Walker</i>	

INFORMES

Grupo de Trabajo No. 1	409
Grupo de trabajo No. 2	411
Recomendaciones	412

ANEXO

Lista de participantes	423
------------------------------	-----

COMUNICACION PARA LA SALUD INFANTIL

*Eduardo Contreras Budge**

En esta intervención, mis opiniones no representan a institución alguna con la cual haya estado vinculado y son comentarios de tipo personal. Me referiré a PREMI, un proyecto de supervivencia infantil llevado a cabo en el Ecuador y dirigido, desde el punto de vista de la comunicación, por el Dr. Marco Polo Torres, quien lamentablemente tuvo compromisos urgentes que le impidieron llegar al país. Él era la persona más autorizada para hablar del proyecto.

Vale la pena anotar que con posterioridad al proyecto PREMI, acerca del cual haré mención de algunas enseñanzas, sobre todo institucionales y que afectan a las comunicaciones y a aspectos de investigación-evalua-

**Eduardo Contreras Budge, Chile. Doctor en Comunicación. Profesor universitario. Consultor independiente. Asesor en Investigación, Evaluación y Estrategias de Comunicación para el Desarrollo, con especialización en el área de Salud Pública.*

ción, se realizaron aquí otros tipos de campañas de educación-comunicación en radio y televisión, aunque no con la misma intensidad y alcance.

Entre las mismas puede mencionarse “El mejor comienzo”, un proyecto sobre nutrición y destete luego del período de lactancia materna exclusiva, elaborada a fines de 1989 juntamente con el Ministerio de Salud Pública (MSP) y un organismo de cooperación. Lo más interesante de ese trabajo fue una investigación cualitativa muy extensa realizada antes de su ejecución. Otra fue “Mami, ayúdame a sonreír”, destinada a mejorar la cobertura de inmunización, llevada a cabo en diciembre de 1990 por el MSP y algunos organismos, en especial UNICEF.

También se realizó una serie de mini campañas esporádicas sobre el SIDA y el tabaquismo, que fueron muy restringidas en cuanto a su acceso a los medios de difusión.

En materia de población, en la actualidad está trabajándose fundamentalmente en una etapa de creación de conciencia sobre paternidad responsable, auspiciada por la Fundación FUTURA. Otra más prolongada, con medios múltiples y amplia movilización que utilizó esquemas similares con amplio uso de medios de comunicación fue la Campaña de Alfabetización del gobierno actual. Por último, también se llevó a cabo un programa bastante intenso a raíz de la epidemia del cólera, en el cual tuvimos una activa participación (“Todos por la vida”). Dicho programa hizo un intenso uso de los medios de comunicación y de una serie de redes sociales que fueron particularmente importantes. No me referiré a ellas, pero quería destacarlas como instancias de actividades educativas de comunicación que se han llevado a cabo en el campo de la salud.

Frente a este tipo de campañas, existe una tarea relativamente tradicional que se realiza en materia de “Educación para la Salud”, a veces en su sentido más pretérito, en el Ministerio de Salud Pública, así como también algunas experiencias comunitarias. Al respecto, plantearé tres rasgos fundamentales, señalando que soy partidario de los enfoques comunitarios y no los descalifico como estrategias.

En primer lugar, se dan como si muy poco estuviera pasando en el quehacer comunitario, sobre todo en la comunicación comunitaria, participativa, la comunicación y educación popular, fuera del ámbito de la salud. Es como si se ignorara una cantidad de procesos, que quienes participamos en la comunicación educativa conocemos desde hace tiempo, y

que enriquecerían enormemente este trabajo. Un segundo rasgo de este enfoque comunitario en materia de salud es que se asigna mucho énfasis al proceso y muy poco al tipo de resultados que están lográndose en el mejoramiento de algunos indicadores de estado o de nuevos comportamientos relacionados con la salud. Un tercer rasgo es que existe una especie de ideología localista que impide cualquier tipo de generalización a priori sobre las experiencias y las acciones emprendidas, y con énfasis en materiales extremadamente pobres, como si lo comunicativo popular necesariamente tuviera que expresarse en este tipo de materiales rudimentarios, ignorando la riqueza comunicativa que existe en los ámbitos populares.

Estos son aspectos conocidos por los comunicadores de América Latina; sin embargo, parece que no han trascendido lo suficiente en algunos ámbitos públicos y en el campo de la salud.

Con respecto al PREMI, Plan de Reducción de la Enfermedad y Muerte Infantil, no proporcionaré ningún tipo de cifras ni datos similares, sino que haré una descripción y plantearé algunas enseñanzas básicas.

Quizá la primera es que en cualquier tipo de intervención en materia de salud o similares, es necesario observar una enorme cautela al interpretar el tipo de logros que están obteniéndose. Si se pasa ya de la noción -a mi juicio también anticuada- de que la comunicación va a afectar los niveles de información, de conciencia, que eventualmente hubo un cambio de actitud... eso sí es relativamente fácil de obtener actualmente, aunque no era tan sencillo suponerlo hace un par de décadas. Tendríamos que tener más rigor en plantear qué tipos de logros podrían obtenerse en impactos sobre prácticas de salud, en comportamientos, quizás sobre estados de salud. Si bien es difícil, es algo que hoy en día se le puede exigir a la comunicación.

El proyecto PREMI significó un enorme esfuerzo y una clara demostración de lo que podría hacerse en materia de educación, promoción y comunicación, particularmente utilizando los medios masivos de comunicación social. Indudablemente ejerció un gran impacto en la conciencia pública y produjo una movilización social fundamental del sector público (autoridades y funcionarios) en torno al problema de la salud infantil.

A nivel de logros concretos, hay una historia muy compleja con respecto al incremento de la cobertura de inmunización: los datos de las

encuestas discrepan de los de cobertura administrativa del Ministerio de Salud y la pugna no tiene conciliación posible. Hubo un incremento interesante en la prueba de sales de rehidratación oral para enfermedades diarreicas, pero también un límite que no se superó: la tasa de uso real y sostenido de estas sales en episodios diarreicos con riesgo de deshidratación, también muy rigurosamente medida.

El proyecto PREMI se proponía influir simultáneamente sobre cuatro componentes básicos de la salud infantil: inmunizaciones, terapia de rehidratación oral, (con énfasis en suero oral), vigilancia del crecimiento (carnet de salud infantil) y lactancia materna. Ello se lograría a través de una campaña sistemática destinada a incrementar la demanda poblacional fundamentalmente mediante un modelo de mercadeo social, con un fuerte componente de investigación, utilizando una estrategia intensiva de medios múltiples y una diversidad de mecanismos de movilización social. Simultáneamente, se esperaba que se produjese un drástico mejoramiento de la oferta a nivel del sector de la salud y en especial del Ministerio de Salud Pública, mediante otro mecanismo que no es el caso describir aquí.

Este proyecto se ejecutó a través de dos instituciones: el Ministerio de Salud, en las tareas que le era obvias, y el Instituto Nacional del Niño y la Familia, dirigido por la Primera Dama de la Nación, encargado del componente de comunicación y mercadeo. Se contó con la cooperación posterior del personal del Ministerio de Educación y Cultura. Todo el proyecto fue respaldado por varios organismos. El mecanismo fundamental de acción fue la realización de jornadas, días especiales de vacunación que involucraron progresivamente a los otros componentes con el fin de lograr que con el tiempo estas acciones de salud se convirtieran en prestaciones regulares de servicios por parte del MSP.

Por otro lado, se requeriría una larga lista de varias páginas para detallar la cantidad de productos y procesos de comunicación involucrados. Valdría la pena resaltar que la estrategia global de comunicación fue cuidadosamente planeada desde el punto de vista técnico (aunque quizá no políticamente) fue uno de los esfuerzos mejor y más sistemáticamente desarrollados en materia de salud infantil. Desde luego, en la medida en que hablamos de una planificación seria, había un fuerte componente de investigación y evaluación formativa. Un segundo rasgo es que se coordinaba, por lo menos nominalmente, con la oferta del Ministerio de Salud

y aceptando sus contenidos técnicos y requerimientos, e inclusive frenando en muchos casos la tarea de comunicación cuando no había suficiente oferta ministerial para algunos aspectos, como por ejemplo la vigilancia regular y constante del crecimiento del niño sano en cada unidad de salud.

En materia de comunicaciones hubo un despliegue de afiches, diplomas, tiras cómicas, volantes y folletos. Se realizaron 54 anuncios radiofónicos, con difusión masiva previa a las jornadas, mediante un convenio con la Asociación Ecuatoriana de Radiodifusión, y unos 27 anuncios distintos de televisión, más alguna otra cobertura en este medio. En ambos casos, no se trataba de contribuciones gratuitas sino a costo parcial, subsidiado mediante convenio. Sin embargo, se pagaba por el espacio y fundamentalmente en el caso de la televisión. No se dependió de la difusión gratuita.

La movilización institucional fue difícil (yo la llamo movilización institucional del sector público, aunque de hecho involucró a muchos otros sectores). No hubo una gran participación de carácter estrictamente comunitario, de base, más directamente popular, quizá por el contexto político, extremadamente problemático.

La estrategia de comunicación giró en torno a campañas, con muy poco énfasis al comienzo para lo que inclusive se llamó "interfases" (la propia palabra revela la falta de concepción global de una estrategia integral más permanente) . Se vivió el síndrome de la campaña. Eso cansaba y desesperaba la labor de los comunicadores a quienes se les avisaba demasiado tarde la fecha de la próxima campaña, por lo tanto ya era casi imposible planear algo. De manera que las cosas salían, si bien a tiempo con un ritmo de trabajo agotador. También lo fue para el Ministerio lo que le significaba parar acciones y vacunar aceleradamente los fines de semana, explicar y distribuir suero oral, pesar, etc. Progresivamente se fue creando una gran brecha entre la demanda y la oferta, lo que permitió y forzó reorientar este trabajo hacia procesos del servicio regular.

Se asignó un excesivo énfasis a la vacunación, inclusive en lo que era la campaña de comunicación-educación, lo cual retrasó considerablemente el tratamiento del resto de los componentes de salud infantil que debían haberse promocionado. Se estaba técnicamente listo en lo rela-

cionado con la diarrea y la rehidratación oral, pero se atrasó un poco debido al énfasis en la vacunación. Había otros aspectos en los que sencillamente no se estaba preparado para llevar a cabo una campaña sólida de comunicación: básicamente lactancia materna exclusiva y destete. No en vano la campaña "El mejor comienzo" que mencioné antes se realizó hace poco: porque no se disponía de información profunda acerca de cuáles eran las prácticas consuetudinarias de las madres respecto del destete en distintos grupos de población, particularmente los de mayor riesgo.

Otro factor importante fue el proceso gradual de especificación de los mensajes con respecto a las conductas que se deseaban promover en distintos momentos del desarrollo de la campaña, según el estado de avance de los datos que la evaluación iba proporcionando.

En materia de vacunación se comenzó con una campaña masiva para alcanzar a todos los niños no vacunados: una cantidad enorme de niños mayores de uno pero menores de cinco años participó en las jornadas, y obviamente estaban retrasados en vacunas. Ello no mejora las coberturas técnicas del Ministerio de Salud, cuya meta, conforme a las normas, eran los niños menores de un año de edad. Luego los mensajes fueron asignando mayor énfasis a éstos, a la cantidad de dosis necesarias para completar el esquema de vacunación y a algunos esfuerzos promocionales especiales destinados a los sectores rurales y dispersos que más atrasados estaban.

En terapia de rehidratación oral, la campaña se inició con conceptos de diarrea y deshidratación (en términos de reposición de líquidos perdidos). Luego se promovió la utilización de los sobres de rehidratación oral, que debían solicitarse y serían entregados gratuitamente en la unidad de salud; posteriormente se difundieron mensajes tales como tener un sobre en la casa, enseñanzas sobre cómo prepararlo, cuándo administrarlo, y respuestas a problemas concretos que estaban detectándose fundamentalmente mediante grupos focales y entrevistas en profundidad. Por último, se difundieron mensajes sobre alimentación durante y después de los episodios diarreicos, tema que fue surgiendo más adelante como preocupación técnica en las enfermedades diarreicas.

Por el poco tiempo que me queda, dejo de plantear otros temas y pido excusas por el modo tan superficial en que recorrí una historia tan rica y complicada.

Me gustaría quedarme solo con cuatro enseñanzas básicas que pueden extraerse de este proyecto:

1. El problema del lugar donde se sitúa el esfuerzo, la estructura comunicativa. En el caso de PREMI, estuvo fuera del Ministerio de Salud Pública, donde se supuso que le habían "robado" su programa. En efecto, es una queja legítima en el contexto de una relación delicada entre quienes comunican y quienes proveen el servicio de la salud. Queda el interrogante de si pudo haberse hecho dentro de esta entidad. Mencioné los proyectos posteriores a PREMI para advertir que ahí también hay indicadores que señalan que no es fácil hacerlo desde esta institución.

Mi compromiso posterior con el trabajo dentro del Ministerio de Salud Pública demostraría también ciertas dificultades vivenciales que he tenido al tratar de preguntarme -desde su práctica diaria y dentro de sus estructuras, estilos y ritmos de operación, y de horizontes (o falta de ellos) para la comunicación- si pudo haberse hecho o si podría hacerse algo similar desde un Ministerio de Salud.

Es un tema abierto al debate: dónde situar el esfuerzo de comunicación de fondo, sobre todo si quiere institucionalizársele y hacerlo sustentable a mediano plazo, pero a la vez tener condiciones favorables para desplegarlo en la forma debida.

2. Un aspecto muy importante es la enorme capacidad de comunicación para incrementar la demanda, incluso irresponsablemente si se quisiera, sin que haya una mejoría inmediata de la oferta. La demanda puede aumentarse muy rápidamente: tenemos, por ejemplo, indicativos gráficos que muestran una espectacular elevación de las curvas de conocimiento e información acerca de los sobres de rehidratación o suero oral, mientras la tasa de uso se queda prácticamente horizontal tras el primer incremento. Nuestros datos señalan un estancamiento e inclusive una restricción de la oferta.

No pudo avanzarse más en el control del crecimiento del niño sano (concepto que, incidentalmente, muchas madres no conocían: sólo sabían lo que era un niño no enfermo). No podía incrementarse la demanda para atención regular de niños no enfermos si las unidades de salud apenas podían atender los enfermos. No podían controlar a los niños sanos en forma periódica, además de las complejidades logísticas

que implicaba pesar un niño, anotar puntos en la curva de crecimiento, explicar a las madres, etc. No es desidia: son las limitaciones estructurales y operativas de la oferta de la salud.

3. Esto se ve con la sabiduría que dan los años, después de que se han cometido los errores: probablemente hubo en este proyecto una introducción temprana y tal vez inadecuada de una innovación tecnológica que además tiene un nombre feísimo: “mercadeo” social. Creo que no se habían dado las condiciones sociales, políticas, de desarrollo de la comunicación y de los conceptos y esquemas de presentación de servicios preventivos de salud, a nivel generalizado y operativo, para el tipo de metodologías, procesos, ritmos y esquemas que exigía el mercadeo social, o mejor la comunicación para la salud pública.

Todavía no estaban dadas las condiciones y una prueba de ello es qué queda hoy en términos de sustentación e institucionalización, inclusive en términos de personas. Este tipo de intervención tiene requerimientos humanos, logísticos, estructurales e institucionales extraordinariamente fuertes; además requiere una alta inversión en recursos de comunicación. Muchos no estaban listos para esto. Una idea potencialmente muy interesante, con mal nombre, se puso en práctica demasiado temprano, sin evaluarse bien y a tiempo los estragos estructurales y operativos que iba causando.

4. Por último el tema de la institucionalización de largo plazo. Ahí dejo todavía una enorme interrogante. Sin ánimo de bromas, ha hecho falta que, entre otras cosas, se cayera el muro de Berlín, se empezara a redefinir el papel del Estado en América Latina y acumuláramos una serie de fracasos respecto a intervenciones no sólo de salud, para que realmente pueda empezar seriamente a valorarse dónde hubo o no algún tipo de logro y enseñanza significativa de este tipo de proyectos.

Concluyo con lo siguiente: mencionamos que se hizo mucha investigación. Efectivamente, creo que fue un laboratorio de posibilidades de investigación y sólo citaré algunas de ellas que acompañaron la vida de este proyecto: las encuestas CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) entre las madres, muy bien estructuradas, con un grado de comparabilidad entre sí y con otro tipo de encuestas que permitieron una base de datos extraordinariamente rica que realmente no ha sido aprovechada. Otras fueron las verificaciones previas y estudios para desarrollo de conceptos y de prototipos de materiales, fundamentalmente por grupos fo-

cales; estos sirvieron para investigar las barreras a una serie de comportamientos, o a problemas respecto de, por ejemplo, por qué estaban congeladas las tasas de uso de suero oral; e investigaciones de comportamiento y de observación en unidades de salud, que creo fue otra experiencia realmente innovadora.

Se realizaron investigaciones con pediatras, como audiencia secundaria importante, puesto que estaban manifestando cierta resistencia a la terapia de rehidratación oral; encuestas semiestructuradas a farmacéuticos en la medida en que constituyen una fuente importante en la cadena de soluciones a los problemas de la salud; entrevistas en profundidad a madres para indagar más a fondo qué es lo que estaba sucediendo en base a los datos de las encuestas CAP, o informes de campo; algunos análisis de registros temporales o de estadísticas vitales y de producción de servicios de salud, para detectar algún tipo de cambios drásticos en las pautas y quizá corregir eso con una intervención.

¿Qué hemos aprendido de todo este proceso de investigación y evaluación? Hagámoslo como las viejas y vigentes teleseries: mañana en mi ponencia sobre investigación y comunicación plantearé algunos de estos aspectos.